

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

195

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

MEER-RÉMY GOLDSTEIN

Né le 11 septembre 1907, à Galatz (Roumanie)

**Contribution à l'étude
de la Présentation du Siège
Statistique de la Maternité de la Pitié
de ces six dernières années**

Président de Thèse : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

**Contribution à l'étude
de la Présentation du Siège**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

MEER-RÉMY GOLDSTEIN

Né le 11 septembre 1907, à Galatz (Roumanie)

**Contribution à l'étude
de la Présentation du Siège**
**Statistique de la Maternité de la Pitié
de ces six dernières années**

Président de Thèse : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN

G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	UDRY
Physiologie.	LÉON BINET
Physique médicale.	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU
Anatomie pathologique.	ROUSSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU
Thérapeutique.	HARDIER
Hygiène et médecine préventive.	TANON
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNE-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FISSINGER
Hygiène thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBÉ
	LEREBoullet
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN
	LEMIERRE
	CUNÉO
	GOSSET
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique.	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	JEANNIN
	N...
Clinique gynécologique.	OMBRÉDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	RATHERY
Clinique thérapeutique médicale.	LEMAITRE
Clinique oto-rhino-laryngologique.	Pierre DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale.	SERGENT
Clinique propédeutique.	BEZANÇON
Clinique de la Tuberculose.	MATHIEU
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire.	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU..... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PRÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.
 J. BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROcq	
AUBERTIN ..		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER ..	
CHABROL		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT ..		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ ..	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-			
VALLERY-			
RADOT			
SÉZARY			
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		GUÉNIOT	
		LE LORIER ..	
		LÉVY-SOLAL .	
		METZGER ...	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, MON PÈRE ET MA SOEUR

Qui ont fait d'énormes sacrifices pour moi, sincère hommage de reconnaissance filiale et fraternelle.

A MES FRÈRES

A MA GRAND'MÈRE, MADAME COUDREZ

A MES BELLE-SOEUR ET BEAU-FRÈRE

MADAME ET MAURICE COUDREZ

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR ET MADAME COUDREZ,

MES BEAUX-PARENTS

Qui m'ont accueilli et gardé,
comme leur propre fils, à qui
je dois ma situation présente,
qu'ils trouvent ici l'assurance
de mon amour et ma reconnais-
sance inaltérables.

A MA FEMME,

Compagnon cher et fidèle de
mes dernières années d'étude,
à qui je consacre le meilleur
de moi-même.

A MA PETITE FILLE MONIQUE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN,

Professeur de clinique obstétricale

Accoucheur de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a accueilli dans son service, nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage respectueux et vive reconnaissance.

A MONSIEUR ANDRÉ CORCOS

Interne des hôpitaux de Paris

Qui nous a guidé par ses précieux conseils.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABRAMI

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

HISTORIQUE

Les présentations de l'extrémité pelvienne sont moins fréquentes que celles du sommet, mais beaucoup plus communes que celles du tronc et de la face. Sur 20.517 accouchements rassemblés par Mme Boivin, il existait 611 présentations de l'extrémité pelvienne : soit 1 sur 33. Sur 37.895 accouchements, Mme Lachapelle a noté 1.390 fois cette présentation : soit 1 sur 27. Les 2.022 accouchements observés par P. Dubois ont offert 85 présentations du siège : soit 1 sur 24. D'après un relevé du professeur Depaul, sur 16.233 accouchements, il y eut 633 présentations du siège, soit 1 sur 25,6. La proportion trouvée par Hecker est de 99 sur 3.472 ou 1 sur 35. La statistique du docteur Pinard fournit 3.301 présentations du siège sur 100.000 accouchements, soit 1 sur 30. C'est cette même proportion que Collins admet. La statistique précédente comprend tous les accouchements, même ceux qui sont prématurés; si l'on ne tient compte que des enfants nés à terme, la proportion n'est plus, d'après Pinard, que de 1 sur 62.

FRÉQUENCE

Nous pouvons donc déduire avec M. le Professeur Jeannin que les présentations du siège sont moins fréquentes que celles du sommet, mais moins rares que celles de la face et de l'épaule.

Leur fréquence diminue à mesure que la grossesse approche du terme. Avant le 7^e mois, on trouve en moyenne 1^r siège pour 30 grossesses; à terme, la tête ayant d'habitude basculé vers la partie inférieure de l'utérus, on ne rencontre plus qu'un siège sur 60.

Avant tout début de travail, le siège complet et le mode des fesses sont de fréquences sensiblement égales; mais beaucoup de sièges se décomplétant au cours de l'accouchement, c'est finalement par les fesses, que l'on voit naître la plupart des enfants.

Les modes des pieds et des genoux sont très rares. Ce dernier n'a été observé par Mme Lachapelle qu'une fois sur 3.445 accouchements.

ÉTIOLOGIE

a) Causes venant de la mère : c'est tout d'abord la multiparité (admise par Pinard, contestée par Ribemont-Dessaigne et Lepage), l'utérus fatigué ne sollicitant qu'imparfaitement l'accommodation; puis l'existence de circonstances empêchant la tête de se placer en bas,

telles que : fibrome du segment inférieur, kystes de l'ovaire, viciations pelviennes. Enfin, il existe dans certains cas une forme particulière de l'utérus qui fait que certaines femmes accouchent toujours par le siège.

b) Causes venant du fœtus : Le volume exagéré de la tête fœtale, tel qu'on l'observe dans l'hydrocéphalie, peut solliciter le fœtus à placer ce pôle dans la partie spacieuse de l'utérus, c'est-à-dire vers le fond. En cas de jumeaux, il est fréquent de voir l'un des enfants se présenter par le siège.

c) Causes venant de l'œuf : L'hydramnios ou au contraire l'oligoamnios. L'insertion du placenta sur le segment inférieur. La brièveté naturelle ou accidentelle du cordon ombilical.

Telles sont les causes qui prédisposent à la présentation du siège.

On ne sait pas pourquoi il se produit plutôt un siège décomplété qu'un siège complet.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

Dans la présentation du siège, le point de repère au moment de l'engagement, descend bien suivant l'extrémité d'un des diamètres du bassin, mais la rotation s'effectue de telle sorte que le point de repère (sacro-coccyx) ne vient, à l'état normal du moins, jamais se placer, soit directement en avant, soit directement en arrière, mais au contraire franchement à droite ou à gauche, et c'est toujours une hanche, la droite ou la gauche qui, la rotation une fois effectuée, vient se placer sous la symphyse pubienne.

Accouchement du pôle pelvien

Il s'opère en deux temps :

a) Temps d'engagement. Il comprend : 1° L'accommodation au détroit supérieur, ou phénomènes préparatoires à l'engagement; 2° L'engagement proprement dit.

1° L'accommodation au détroit supérieur consiste en amoindrissement et en orientation de la présentation.

Ces phénomènes ne sauraient être précoces dans le siège complet; c'est seulement au début du travail qu'ils se produisent.

L'amoindrissement se fait par tassement, par pelotonnement des membres inférieurs sur eux-mêmes et sur le siège.

L'orientation, par une très légère rotation d'engagement, qui amène le diamètre bitrochantérien dans le sens de l'un des diamètres obliques du détroit supérieur (le diamètre sacrotibial du fœtus occupant le diamètre oblique opposé).

2° L'engagement proprement dit est dû au passage de ce diamètre bitrochantérien, au travers du détroit supérieur, suivant l'oblique droit. Le mécanisme rappelle absolument celui du sommet : la fesse postérieure descend la première, puis, lorsqu'elle est déjà dans l'excavation, l'antérieure glisse derrière la symphyse pubienne, descendant dans le pelvis, secondairement; comme on le voit, il y a, ici encore, asynclitisme.

L'engagement se complète par la descente de la présentation au travers de l'excavation, jusqu'au voisinage du détroit inférieur.

b) Temps d'accommodation au détroit inférieur et de dégagement.

Le siège devant franchir le détroit inférieur en faisant coïncider son diamètre bitrochantérien avec le diamètre sous-sacro-sous-pubien, est obligé d'accomplir une rotation de dégagement de 45° . La position devient ainsi sacro-transversale. Alors s'opère le dégagement proprement dit : le pied et la fesse antérieure sortant tout

d'abord, la hanche antérieure se cale sous la symphyse; puis le membre postérieur balaie le périnée et vient se dégager au niveau de la fourchette. Pendant ce temps, le tronc du fœtus s'incurve, décrivant ainsi une courbure dont la concavité regarde en haut et en avant vers le pubis, si bien que le siège du fœtus, d'abord dirigé horizontalement, se rapproche de la verticale vers la fin du dégagement. Il est fréquent de voir le méconium faire issue hors de l'anus : ce phénomène, qui n'a ici qu'une cause toute mécanique, ne prouve nullement un état de souffrance de l'enfant.

Une fois hors de la vulve, le siège décrit une très légère rotation externe destinée à corriger la torsion du tronc qui s'était produite lors de la rotation de dégagement. Puis les contractions utérines continuant à agir, on voit apparaître l'ombilic et le cordon, et la partie supérieure du tronc du fœtus.

Accouchement des épaules

Il se fait également en deux temps : a) Temps d'engagement. Le diamètre bisacromial s'étant amoindri par tassement, s'oriente suivant le diamètre oblique qui a déjà donné passage au bitrochantérien. Il franchit dans cette position le détroit supérieur.

b) Temps de dégagement. Le diamètre bisacromial devant coïncider avec le diamètre sous-sacro-pubien pour traverser le détroit inférieur, accomplit une rota-

tion de 45° qui amène l'épaule antérieure au-dessous de la symphyse pubienne.

Cette épaule restant calée sous la symphyse, les contractions utérines font progresser l'épaule postérieure qui, après avoir balayé le périnée, apparaît à la fourchette vulvaire.

Accouchement de la tête dernière

La tête dernière accouche par un mécanisme essentiellement analogue à celui de la tête première.

a) Temps d'engagement. Les phénomènes préparatoires consistent en réduction et en orientation du pôle céphalique. La réduction, ou amoindrissement, se fait par flexion de la tête, de telle sorte que le menton vient s'appliquer contre la partie supérieure du sternum. Ainsi se trouve substitué, au diamètre occipito-mentonnier, le diamètre sous-occipito-frontal plus petit. Ce diamètre s'oriente, grâce à la rotation d'engagement, suivant le diamètre oblique opposé à celui suivi par le bitrochantérien et le bisacromial, en d'autres termes, suivant le diamètre qu'avait franchi le sacro-tibial. Dans SIGA, la tête s'engage donc suivant le diamètre oblique gauche. Une fois que le diamètre sous-occipito-frontal a franchi par ses deux extrémités, soit simultanément, soit l'une après l'autre, ce diamètre oblique, l'engagement est effectué.

b) Temps de dégagement. Le dégagement est préparé par la rotation intra-pelvienne ou rotation de dégage-

ment qui, par un mouvement de 45° , fait passer le sous-occipito-frontal, du diamètre oblique maternel dans le sens du sous-sacro-pubien. Ce mouvement de la tête est traduit à l'extérieur par la rotation extra-pelvienne des épaules qui se placent transversalement le dos en avant.

Le dégagement proprement dit s'opère comme il suit : la nuque (sous-occiput) se place sous la symphyse pubienne; là elle va servir de point fixe autour duquel la tête va pivoter, grâce à une flexion de plus en plus prononcée qui fait apparaître successivement au niveau de la fourchette : le menton, la bouche, le nez, les bosses frontales, qui distendent fortement le périnée, puis la région bregmatique et enfin l'occiput, qui sort en dernier lieu en glissant sous la symphyse pubienne.

Nous avons étudié l'accouchement en SIGA : le mécanisme est absolument le même en SIDA. Quant aux positions sacro-iliaques postérieures, elles ne se distinguent des antérieures que par la durée des différentes rotations, qui, au lieu d'être de 45° , sont de 135° .

Irrégularités du mécanisme de l'accouchement dans la présentation de l'extrémité pelvienne

Les irrégularités et les anomalies sont plus fréquentes dans la présentation du siège que partout ailleurs.

L'engagement est toujours lent; il ne se fait que bien difficilement quand le diamètre sacro-pubien du fœtus se rapproche de la direction du diamètre sacro-pubien de la mère. Cette remarque a été faite par Mme Lacha-

pelle et par le professeur Moreau. Quand le siège est complet la descente est plus lente. Il ne faudrait néanmoins pas croire que l'extension des membres soit chose favorable, car si l'engagement de la présentation est plus rapide, le dégagement du tronc sera plus difficile, parce que les parties maternelles auront été incomplètement dilatées par le passage du pelvis décomplété (c'est une des causes de la rétention possible de la tête).

Le mouvement de rotation, au lieu d'être incomplet, se continue quelquefois outre mesure; cette anomalie se rencontre aussi bien pour les hanches que pour les épaules. L'insuffisance ou l'excès de la rotation nuit d'ailleurs peu à l'expulsion de l'enfant.

Dans le mode des fesses le dégagement s'effectue souvent avec une remarquable lenteur; l'inflexion latérale, à la faveur de laquelle se fait habituellement le dégagement, se produira difficilement, parce que les membres inférieurs relevés le long du tronc forment, selon la remarque de Tarnier, des *attelles* à la colonne vertébrale du fœtus et la maintiennent rigide.

La rotation de la tête peut manquer : c'est ce qu'on observe surtout dans les positions sacro-iliaques postérieures.

Quand le tronc est dégagé, la tête, quoique ayant exécuté son mouvement de rotation, éprouve souvent des retards funestes à la vie de l'enfant, et l'accouchement ne se termine qu'à la faveur des efforts instinctifs de la femme. Aussi, que d'enfants succombent pendant ce temps de l'accouchement. L'intervention est même très souvent nécessaire; la tête est extraite artificiellement.

Conduite à tenir

Pendant la grossesse, version par manœuvres externes, entre sept mois et demi et huit mois de gestation pour les primipares, et vers huit mois et demi pour les multipares.

Contre-indications : grossesse multiple, engagement du siège, trop grande tonicité de la paroi utérine, hydramnios ou oligoamnios, mode des fesses.

Pendant le travail le mieux est de s'abstenir de toute tentative de transformation du siège en sommet par version externe dès que le travail est commencé et d'accepter l'accouchement en présentation du siège.

Quel que soit le mode auquel on ait à faire, la règle générale est d'abandonner l'accouchement par le siège aux seules forces de la nature pour l'expulsion de la presque totalité du tronc et de n'intervenir que pour le dégagement de la tête, ou quelquefois des épaules d'abord et de la tête ensuite.

A cette abstention voulue et en quelque sorte systématique, il y a plusieurs raisons. La première est que le siège dilatera d'autant mieux l'orifice vulvo-périnéal qu'il sera moins décomplété.

Si l'on exerce des tractions sur le siège avant que la dilatation ne soit bien complète, on risque de voir le col utérin se refermer sur le cou du fœtus et entraîner une rétention momentanée de la tête fœtale, absolument impossible à vaincre, si ce n'est au prix de manœuvres dangereuses pour l'intégrité du col.

Si on laisse, au contraire, le siège descendre spontanément, la dilatation se complète peu à peu et le col n'a aucune tendance à se resserrer lors du passage du cou.

Enfin, les tractions ont encore un autre inconvénient, surtout lorsqu'on les fait dans l'intervalle des contractions : elles favorisent le relèvement des bras, source de difficultés parfois difficiles à surmonter au moment du dégagement des épaules.

En résumé, la conduite à tenir est toute d'expectative; tant que les membranes sont intactes, il faut les respecter scrupuleusement et jusqu'au moment où la dilatation du col sera absolument complète.

Lorsque le siège est entièrement dégagé, il faut le soutenir avec une ou deux mains, en se gardant bien de tirer et en attendant l'enroulement du tronc du fœtus qui fait apparaître les portions de plus en plus hautes du corps fœtal. A un moment donné, l'ombilic apparaît; à ce moment, il faut s'assurer qu'il n'existe point de brièveté naturelle ou accidentelle capable d'empêcher la progression de la descente ou d'entraîner la rupture du cordon. On fait une anse au cordon en tirant avec précaution sur son bout placentaire.

Après l'extraction des épaules reste à extraire la tête qui est à ce moment dans l'excavation. Elle est mal fléchie et mal orientée; il faut donc produire sa flexion, lui imprimer un mouvement de rotation convenable et l'entraîner ensuite au dehors.

La meilleure manœuvre à appliquer pour dégager la tête fœtale est la *manœuvre de Mauriceau*, que l'on

appelle à l'étranger manœuvre de Veit ou de Smellie-Veit. Elle consiste à introduire la main qui correspond commodément au plan ventral du fœtus, main droite pour les sacro-gauches, main gauche pour les sacro-droites, dans les organes génitaux jusqu'à ce qu'on atteigne la bouche du fœtus où l'on introduit index et médius sur la face dorsale de la langue, ce qui permettra d'orienter la tête à la volonté de l'opérateur. Cela permettra également de faire des tractions aussi énergiques que l'on voudra. Ces tractions sont aidées par l'autre main qui vient se placer sur les épaules du fœtus, l'index et le médius divergeant à la manière d'une fourche pour se placer, l'un à droite, l'autre à gauche du cou.

Pour rendre le tronc fœtal moins gênant, on le met à califourchon et à plat ventre sur la face antérieure de l'avant-bras correspondant à la main introduite dans le vagin. A ce moment, le fœtus va être l'objet d'une double traction : l'une sur les épaules avec la main externe, l'autre sur le maxillaire inférieur avec la main interne. Les deux mains vont travailler simultanément pour produire un abaissement de la région de la nuque et de l'occiput qui sera poursuivi jusqu'à ce que la région sous-occipitale devienne apparente sous la symphyse pubienne. Ce premier temps a pour but d'amorcer le dégagement des diamètres sous-occipitaux de la tête.

En même temps les doigts de la main introduits dans la bouche du fœtus vont :

1° Orienter la face en arrière, face au sacrum, bien sur la ligne médiane;

2° Fléchir la tête au maximum;

3° Par des tractions soutenues sur le maxillaire inférieur, attirer cette tête progressivement par en bas et amener à l'extérieur successivement le menton, la bouche, la région sous-nasale, le nez, la région frontale et la grande fontanelle.

Il est souvent nécessaire d'ajouter aux tractions, surtout dans les cas où les contractions utérines sont insuffisantes ou les efforts d'expulsion de la parturiente trop faibles, des pressions exercées à travers les parois abdominale et utérine sur la tête fœtale, comme si l'on voulait pénétrer dans l'excavation pelvienne par l'abdomen.

En résumé, comme on le voit, l'extraction du siège dans les conditions normales se borne à peu près à l'extraction de la tête dernière; mais cette expectative, qui doit être la règle générale, comporte des exceptions, lorsque par exemple, le siège n'arrive pas à s'engager ou à se dégager, lorsque la prolongation du travail comporte des inconvénients ou des risques, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

Dans ce cas, on est obligé de pratiquer ce que l'on appelle quelquefois la « grande extraction », c'est-à-dire d'extraire par des manœuvres manuelles et successivement, les différentes parties du corps du fœtus en commençant par les membres inférieurs.

Extraction du siège complet

Recherche et saisie du pied.

La main à introduire est celle qui, dans une attitude commode, intermédiaire à la pronation et à la supination, correspond aisément au plan ventral du fœtus. Dans les sacro-gauches c'est la main gauche, dans les sacro-droites c'est la main droite.

Il faut amener à l'extérieur le pied qui correspond à la hanche antérieure du fœtus : pied droit pour les positions droites, pied gauche dans les positions gauches.

La traction doit se faire directement en bas de façon à entraîner le siège dans l'axe du bassin, puis, à partir du moment où le siège prend contact avec le plancher périnéal, on corrige peu à peu cette direction en tirant obliquement en bas et progressivement de plus en plus en avant. Lorsque le siège arrive à la vulve, les tractions sont dirigées de plus en plus en avant de façon à favoriser le dégagement du siège par enroulement autour de la symphyse pubienne. Lorsque l'anus paraît à la vulve, du méconium s'écoule plus ou moins abondamment au fur et à mesure que le siège progresse; cela est simplement l'effet de la compression de l'abdomen fœtal et n'est nullement un signe de souffrance du fœtus.

On exerce donc, au moment des contractions, des tractions dirigées presque verticalement en bas, jusqu'à ce que l'on aperçoive l'omoplate antérieure du fœtus. A ce moment, on peut, en général, entreprendre avec succès le dégagement du bras antérieur puis le dégagement

du bras postérieur en suivant les règles indiquées plus haut et l'on termine par la manœuvre de Mauriceau.

Grande extraction du siège décomplété mode des fesses

Dans le siège décomplété mode des fesses, lorsque le siège est attardé au détroit supérieur ou à la partie supérieure de l'excavation, il est indiqué, comme dans le cas précédent, d'aller abaisser le membre inférieur correspondant à la hanche antérieure du fœtus; mais cet abaissement comporte des difficultés, que nous n'avons pas rencontrées dans le siège complet.

Les membres inférieurs sont, en effet, relevés en attelle devant le tronc, accolés intimement à lui, et le pied se trouve, quelquefois très profondément, tout à fait au fond de l'utérus.

On a recours, en pareil cas, à la **manœuvre de Mantel-Pinard**, qui consiste à introduire la main dans le vagin, puis, s'il y a lieu, dans la cavité utérine, en suivant la face accessible de la cuisse antérieure. On arrive ainsi à appliquer la pulpe des doigts sur le creux poplité du fœtus. Il s'agit alors de déterminer un mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse qui amènera le pied à la hauteur de la main qui le recherche, mais ce mouvement de flexion n'est exécutable que si on le fait précéder par un mouvement d'abduction aussi forcé que possible en même temps que l'on presse dans le creux

poplité sur les tendons des muscles postérieurs de la cuisse.

Cet abaissement du pied antérieur qui est nécessaire lorsqu'on veut accélérer ou produire un accouchement par le siège, qui traîne en longueur ou qui ne se fait pas, est un procédé curatif que l'on peut opposer à un procédé prophylactique qui consiste, dans toutes les présentations du siège décomplété mode des fesses, à abaisser préventivement ce pied antérieur, quitte à ne pas s'en servir, tout au moins immédiatement. On l'a, en tout cas, sous la main, prêt à toute éventualité.

Cet abaissement prophylactique du pied antérieur, préconisé par Ahlfeld, par Potocki, ne doit être exécuté que lorsque la dilatation est complète, ou l'orifice utérin complètement dilatable, de façon à pouvoir être rapidement suivi, en cas de besoin, de l'extraction rapide du reste du fœtus.

Lorsque le siège est profondément engagé, il devient difficile de fléchir le membre inférieur suffisamment pour abaisser le pied, et alors on en est réduit, si l'on est dans la nécessité d'aider au dégagement, à se servir de la méthode des tractions inguinales qui consiste à introduire un, et si possible, deux doigts en crochet dans le pli de l'aîne antérieure du fœtus, puis avec l'autre main, glissée dans la concavité du sacrum, on va introduire de même un ou deux doigts en crochet dans le pli de l'aîne opposée. Cette méthode de tractions donne des résultats souvent satisfaisants et n'offre pas les dangers des crochets métalliques qui sont absolument abandonnés aujourd'hui, tout au moins chez l'enfant vivant.

D'autres procédés ont été conseillés, mais que nous ne citons que par mémoire, car on doit les considérer comme dangereux pour le fœtus : ce sont les tractions faites avec l'extrémité des doigts sur les crêtes iliaques; ce sont encore les manœuvres de propulsion du siège par le rectum maternel, préconisées par Ritgen; ce sont enfin les tractions exercées au moyen du doigt introduit dans le rectum du fœtus.

Toutes ces manœuvres exposent à des lésions graves, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant, et elles sont très inférieures au procédé que nous avons décrit plus haut.

A côté des procédés manuels, il existe différents procédés instrumentaux consistant dans l'emploi des crochets, des lacs, du forceps.

Le crochet est un instrument brutal et facilement remplacé par le doigt.

Les lacs ne sont pas beaucoup plus recommandables; eux aussi agissent d'une façon brutale; leur introduction nécessite des instruments spéciaux (porte-lacs), dont la manœuvre risque de produire des lésions fœtales, et les lacs eux-mêmes peuvent déterminer, ainsi que Bar et Tissier en ont rapporté des exemples, des lésions graves du fœtus.

Reste le forceps; le siège n'est guère fait pour subir une application de forceps, pas plus que le forceps n'est construit en vue d'une application sur le siège.

Néanmoins on peut appliquer à la rigueur le forceps sur l'extrémité pelvienne du fœtus. Il faut s'efforcer d'appliquer l'instrument de façon à ce que les cuillers

ne montent pas plus haut que les crêtes iliaques, et surtout pour qu'elles enserrent entre elles les deux cuisses du fœtus sur lesquelles elles peuvent trouver un point d'appui relativement efficace et moins dangereux pour le fœtus.

C'est surtout dans les sacro-postérieurs que l'on arrive à réaliser une prise assez facile sur les membres inférieurs.

Il est bien rare, d'ailleurs, que les méthodes manuelles que nous avons décrites ci-dessus ne suffisent pas à faire l'extraction du siège et il est en somme bien rarement indiqué de faire des applications de forceps sur cette présentation.

Par contre, l'application de forceps recouvre tous ses droits pour terminer l'extraction d'une tête dernière que la manœuvre de Mauriceau n'arriverait pas à entraîner. Aussi est-il toujours indiqué, lorsque l'on fait une extraction de siège, d'avoir à côté de soi un forceps tout prêt pour cette dernière éventualité.

Lorsque le fœtus est mort, il vaut mieux se servir du cranioclaste ou du basiotribe.

Nous avons vu qu'une grosse difficulté dans la présentation du siège résulte de la dilatation insuffisante du plancher, non effectuée par le siège, même lorsqu'il est complet, de telle sorte que les épaules ont de la difficulté à se dégager, difficulté qui est encore plus grande lorsque la tête arrive. Pour obvier à cet inconvénient, qui est grave, surtout chez les primipares, on a préconisé la dilatation préfoetale des organes génitaux au moyen du *ballon de Champétier de Ribes* que l'on intro-

duit dans le vagin au moment où la dilatation n'est pas encore tout à fait complète (petite paume de main) et où le siège n'est pas encore, en général, trop profondément engagé. Il faut, en effet, qu'il reste entre le siège et le plancher périnéal un espace suffisant pour pouvoir loger le ballon.

Il faut choisir un ballon de gros modèle, n° 10 ou n° 11, que l'on gonfle presque complètement de façon à lui réserver cependant un peu d'élasticité et dont on attend l'expulsion spontanée hors des organes génitaux sous la poussée qu'il reçoit du siège qui descend de plus en plus.

Cette expulsion du ballon est, au besoin, aidée par quelques tractions très douces. Une fois que l'orifice vulvaire a été franchi par le ballon, il en résulte un assouplissement et une ampliation des parties molles qui facilite beaucoup l'accouchement en siège.

A défaut du ballon, on peut recourir à la dilatation manuelle précoitale du plancher périnéal et de la vulve.

Enfin, au début ou dans le cours de la manœuvre de Mauriceau, on peut, comme l'a conseillé Planchu, faire la rétropulsion du coccyx. Il ne faut, en aucun cas, lorsque le périnée est par trop résistant, hésiter à faire une large épisiotomie pour faciliter le dégagement du siège et surtout le passage de la tête dernière.

PHÉNOMÈNES PLASTIQUES

1° *Déformation de la tête.*

Cette déformation est peu accentuée, la tête offre une grande rondeur, parfaitement régulière, tout à fait analogue à celle des fœtus extraits par opération césarienne.

Dans certains cas on note un certain degré de brachycéphalie; dans d'autres cas, par contre, beaucoup plus rares, la tête est dolicocephale.

Bar et Bonnet ont signalé une déformation consistant en aplatissement du pariétal antérieur dans sa région postéro-supérieure; il en résulte une asymétrie crânienne notable. Cette asymétrie se rencontre également sur les têtes brachycéphales par refoulement en avant et en bas du pariétal antérieur, en arrière et en haut du pariétal postérieur, ou inversement.

Dans le cas où la tête est fortement inclinée sur une épaule, il peut en résulter un décollement de l'oreille (Bar). La compression a pu être telle que le nerf facial ait été intéressé dans la région parotidienne, d'où paralysie faciale périphérique.

Bar a publié également une observation de siège mode des fesses où la tête portait l'empreinte des pieds.

2° *Déformation du corps.*

Les déformations des membres sont assez fréquentes, notamment les pieds bots. D'après Bar, presque tous les enfants ayant une luxation congénitale de la hanche naissent en présentation du siège.

Dans le cas de siège décomplété mode des fesses, les nouveaux-nés gardent pendant plusieurs heures, les membres inférieurs relevés le long du tronc.



La bosse séro-sanguine dans la présentation du siège

La bosse séro-sanguine, dans la présentation du siège, existe sur l'une des fesses : sur la fesse droite dans les positions sacro-iliaques droites, sur la fesse gauche, dans les sacro-iliaques gauches.

En général, la bosse sanguine se trouve sur la fesse antérieure. Dans les cas où, par exception, le siège s'incline sur la hanche opposée, sur le sacrum, ou la partie inférieure de l'abdomen, ce sont ces régions qui occupent, avant que le mouvement de rotation ne soit effectué, le centre du bassin, et c'est sur elles, par conséquent, que siège la bosse sanguine, quand elle se forme au niveau de l'orifice utérin.

Lorsque l'inclinaison est abdominale, ce n'est pas seulement la région hypogastrique du fœtus, mais ce sont aussi les organes génitaux qui sont envahis par l'infiltration séro-sanguine.

Le scrotum a une structure qui le dispose particuliè-

rement au boursoufflement ecchymotique. Aussi, présente-t-il parfois, au moment de la naissance, une teinte bleu noirâtre et un volume double de son volume normal. L'ecchymose s'étend parfois à la verge.

Chez les petites filles, les parties génitales peuvent aussi être tuméfiées et ecchymosées; mais la vulve se prête moins que le scrotum aux modifications que nous venons de décrire.

Le gonflement et l'ecchymose existent sur les pieds ou sur les genoux, lorsque ces régions se présentent au détroit supérieur isolément ou en même temps que les fesses.

PRONOSTIC

Pour la mère, le pronostic de l'accouchement par le siège est un peu moins bon que celui de la présentation du sommet, mais, néanmoins, favorable; la mortalité est nulle.

Quant à la morbidité, elle est un peu plus élevée que dans la présentation du sommet, en raison d'une durée plus longue du travail et d'interventions plus fréquentes.

Ce pronostic est lié, dans une large mesure, au volume du fœtus, à son attitude, le mode des fesses donnant lieu à plus de difficultés, et notamment chez les primipares.

Les interventions auxquelles les tractions du siège donnent lieu sont également pour la mère une source de dangers, surtout quand elles sont pratiquées d'une façon brutale ou intempestive. Signalons notamment les déchirures du col propagées au segment inférieur et les effractions périnéales qui se produisent surtout lors de la sortie de la tête dernière.

Pour l'enfant. — C'est surtout pour le fœtus que l'accouchement par l'extrémité pelvienne doit être redouté.

Les causes de mort du fœtus sont nombreuses et diverses; la plus banale est la respiration prématurée du

foetus qui se produit presque inévitablement à partir du moment où le foetus est partiellement dégagé et exposé à l'air froid, ou encore lorsqu'on met la main sur une partie foétale quelconque pour manœuvrer ou aider au dégagement.

Ces mouvements respiratoires ne font pas seulement courir au foetus le risque d'asphyxie, mais ils ont surtout le gros inconvénient d'introduire dans la trachée et même dans les bronches les liquides contenus dans l'utérus ou dans le vagin, qui empêcheront la respiration de s'établir normalement après la naissance et pourront, dans le cas où ces liquides seraient infectés devenir le point de départ de complications infectieuses, surtout pulmonaires.

En outre, la compression du cordon au cours du dégagement du siège est à peu près inévitable. La compression est relativement minime tant que le cordon n'est pressé qu'entre les parois du bassin et le tronc du foetus; mais lors de l'engagement de la tête, la compression peut être totale, et si l'extraction de la tête n'est pas menée rapidement, le foetus succombe comme dans tous les cas de procidence du cordon.

Le foetus peut encore succomber à cause de la compression de la tête qui peut engendrer une sorte de commotion cérébrale et bulbaire avec asphyxie blanche (état syncopal), ou encore déterminer des hémorragies méningées.

On peut observer, également, un état syncopal d'origine réflexe résultant des pressions intempestives exercées

sur l'abdomen et sur le thorax au moment de l'extraction.

D'autre part, lorsque la tête a franchi l'orifice utérin, les parois utérines se rétractent sur le placenta qu'elles décollent, de sorte que les phénomènes d'hématose, qui ont ordinairement lieu dans cet organe, ne peuvent plus se produire ou se produisent très incomplètement. Si, en même temps, la tête est retenue par le périnée, la vie de l'enfant est promptement menacée. Qu'il y ait compression du cordon ou décollement du placenta (quelquefois les deux phénomènes se produisent simultanément), le fœtus meurt d'asphyxie et l'on trouve à l'autopsie les lésions propres à cet état. La durée de l'accouchement a une influence importante sur le pronostic : plus l'accouchement traîne en longueur, surtout au moment du dégagement des épaules et de la tête, plus le fœtus a de chances de succomber.

A cet égard, la primiparité est défavorable en retardant ou en entravant le dégagement des épaules et de la tête. C'est ainsi que, d'après Porak, il succombe un enfant sur neuf chez les primipares, tandis qu'il n'en meurt qu'un sur trente chez les multipares.

Le pronostic du siège complet est sensiblement meilleur que celui du siège décomplété, ce qui tient à ce que la masse plus volumineuse du siège complet prépare un dégagement plus facile des épaules et de la tête.

Le relèvement des bras, en retardant la sortie des épaules, aggrave également le pronostic. Enfin, la situation occupée par la tête dernière au moment du dégagement a aussi une grosse influence, car si elle est déflé-

chie, si l'occiput est tournée en arrière, le dégagement de la tête ne se fait que très péniblement.

Mais il n'y a pas que le pronostic immédiat à envisager, il y a aussi un pronostic à distance, car un certain nombre de fœtus, nés par le siège, peuvent succomber après la naissance à la suite des complications intestinales et notamment de broncho-pneumonie, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Il peut succomber secondairement, également, à des hémorragies viscérales, notamment par rupture du foie, de la rate et même des vaisseaux de la base du cœur.

Même si le fœtus ne meurt pas, les manœuvres nécessitées par son extraction, surtout quand il est volumineux et même dans les bassins les plus normaux, l'exposent à des lésions traumatiques plus ou moins graves : fractures, décollements épiphysaires, luxations, arrachements, paralysies diverses.

On peut dire aussi que le pronostic est conditionné dans une large mesure par le sang-froid et l'habileté de l'accoucheur : tel fœtus succombera ou subira des lésions graves entre des mains inexpérimentées, qui naîtra dans de très bonnes conditions s'il est l'objet de manœuvres rationnelles, opportunes, rapides sans brutalité.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ FŒTALE

Les tableaux statistiques de Mme Lachapelle montrent que, sur 804 présentations du siège, 102 enfants sont nés faibles, 115 étaient morts au moment de leur naissance et 581 seulement étaient bien portants. La proportion des morts serait donc de 1 pour 7, tandis que d'après la statistique de P. Dubois, elle serait seulement de 1 pour 11.

M. V. Le Lorier, dans « La Pratique de l'Art des Accouchements » de A. Brindeau, en réunissant diverses statistiques, trouve une mortalité moyenne de 15 %; mais il estime que ce chiffre est un peu élevé, car dans les statistiques expurgées, celles de Cocagne, de Mouchy, on constate que la mortalité réellement due à la seule présentation du siège ne dépasse pas 4 %.

M. Demelin, dans « La Pratique de l'Accoucheur en clientèle », dit : « La lecture des statistiques les dénote « diversement chargées : on relève ici un enfant mort « sur 4; là, 1 sur 7, ailleurs encore 1 sur 11.

« Il est aisément possible et souhaitable de généraliser « le pourcentage obtenu par Budin, à savoir : 1 cas de « mort fœtale sur 20 accouchements par le siège. Soit « une mortalité globale de 5 %. »

M. Studdiford, dans sa statistique du « Sloane Hos-

pital », trouve que la mortalité foetale directement imputable à la présentation du siège évolue entre 6,2 % et 16,4 %; dans la plupart des séries, elle évolue autour de 10 %.

Sur 32 autopsies pratiquées au Sloane Hospital 6,25 % montraient des anomalies incompatibles avec la vie. Parmi les autres, 6,5 % seulement étaient indemnes de lésions traumatiques importantes.

Mlle Yvonne Poulain (Thèse de Paris 1926), dans sa statistique de la Clinique Tarnier, trouve une mortalité de 12,5 % chez les primipares et 9,6 % chez les multipares, soit une moyenne de 11 % environ, dans la présentation du siège.

M. Faugère, citant Bertrand (Thèse de Bordeaux 1925), trouve dans la statistique de la clinique d'accouchement de Bordeaux, pour les années 1920-1925, une mortalité foetale de 9,24 % chez les primipares et 14,4 % chez les multipares.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ FŒTALE A LA MATERNITÉ DE LA PITIÉ

Pendant ces dix dernières années, de 1930 à 1935 inclus, il y eut, à la Maternité de la Pitié, 693 accouchements par l'extrémité pelvienne, dont 72 cas de mort fœtale.

Si nous examinons de plus près ces chiffres, nous pouvons les décomposer comme suit :

Primipares

Siège complet : 121; — 10 morts; — 8,18 %.

Siège décomplété mode des fesses : 210; — 24 morts; — 11,42 %.

Soit pour 331 accouchements : 34 morts; — 10,27 %.

Multipares

Siège complet : 143; — 12 morts; — 8,39 %.

Siège décomplété mode des fesses : 219; — 26 morts; — 11,87 %.

Soit pour 362 accouchements : 38 morts; — 10,49 %.

Donc, pour le nombre total de 693 accouchements par le siège et une mortalité de 72, le pourcentage est de 10,38 %. Il faut ajouter que, parmi ces 72 cas de mort

foetale, nous avons enregistré 3 cas de mort chez des syphilitiques, 7 avortements au terme de 5 mois et 5 mois et demi, 3 prématurés, n'ayant pas dépassé 6 mois, et 2 fœtus pesant respectivement 1.730 gr. et 910 gr.

En débarrassant notre chiffre initial de ces 15 cas, nous trouvons 57 cas de mort foetale, due à la présentation du siège, pour un total de 693 accouchements, soit 8,23 %.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1. — F... Fernande, âgée de 31 ans, entrée à la salle de travail le 25 septembre 1933. Dernières règles 21 décembre 1932, IX geste. Régliée à 12 ans. Diabète. 1^{re} grossesse en 1926, accouchement au terme de 8 mois, d'un garçon vivant. 2^e grossesse en 1927, accouchement naturel à terme d'un garçon mort-né. 3^e grossesse en 1928, accouchement naturel à terme d'un garçon vivant. 4^e grossesse en 1929, accouchement naturel à terme d'un garçon vivant. 5^e grossesse en 1930, accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 5.250 gr. 6^e grossesse en 1931, accouchement naturel à terme d'un garçon vivant 5.600 gr. 7^e grossesse en 1932, avortement au terme de 2 mois. 8^e grossesse en 1932, avortement au terme de 2 mois. 9^e gestation actuelle.

A l'examen d'entrée : tête en bas, dos à gauche, auscultation +. Accouchement naturel à terme, siège décomplété mode des fesses SIGA. Dégagement en ST. Fille mort-née pesant 4.590 gr. Délivrance naturelle et complète. Durée de la période d'expulsion : 45 minutes.

OBSERVATION n° 2. — K. H., âgée de 24 ans, entrée à la salle de travail le 1^{er} décembre 1933. Primipare. La femme ne parle pas le français. Examen à l'entrée : siège en bas, dos à gauche. B.D.C. +. Accouchement

naturel à terme. Siège complet en SIGA. Dégagement en ST. Garçon né en état de mort apparente, forme synopale blanche, n'ayant pas pu être ranimé. Poids 2.630 gr. Le dégagement du siège et des épaules a été effectué normalement, mais la manœuvre de Mauriceau a été particulièrement difficile, la bouche du fœtus restant très élevée.

OBSERVATION n° 3. — L... Marcelle, âgée de 21 ans, entrée à la salle de travail le 28 juillet 1933. Primipare. Dernières règles 7 octobre 1932. Réglée à 16 ans. Examen à l'entrée : Siège en bas, dos à gauche B.D.C. +. A la dilatation complète la femme fait des efforts expulsifs; le pied postérieur apparaît à la vulve. Le travail ne progressant pas, on décide d'intervenir. Siège en partie décomplété. 1° Abaissement du pied antérieur, calé au-dessus de la symphyse. 2° Grande extraction du siège pour modifications des bruits du cœur. Dystocie sur la tête dernière : tête en mento-pubienne. Après échec d'une manœuvre de rotation manuelle, et d'une rotation par forceps, basiotripsie sur la tête dernière et extraction d'une fille mort-née, pensant 3.100 gr. Inertie utérine commandant la délivrance artificielle. Inertie après la délivrance. Hémorragie.

OBSERVATION n° 4. — W... Albertine, âgée de 35 ans, II geste, entrée à la salle de travail le 23 octobre 1933. Dernières règles le 3 janvier 1932. Réglée à 15 ans. Une grossesse en 1930, avortement au terme de 3 mois environ. Fœtus du sexe masculin. Curettages aux 2° et 12° jours des S. de C., le second à la suite d'une hémorragie. 2° grossesse actuelle. La femme dit avoir eu quelques pertes sanguines au 7° mois. Examen à l'entrée : le 24 octobre : Siège en bas mobile, dos à droite, aus-

cult. + le 31 octobre : B.d.C. très modifiés, utérus contracturé, le fœtus perd son méconium. A 10 heures, une injection de spasmalgine. Pas de travail; poche des eaux rompue depuis 9 jours; à 12 h., 1 morphine. Le 1^{er} novembre à 20 h. 30, T° : 38°3, à 21 h. : T° : 37°8, à 23 h. 30, T° : 37° Le 2 novembre à 12 h., pose d'un ballon de Champetier de Ribes, sous anesthésie au chloroforme, 1/4 hypophyse; à 12 h. 30 1/4 d'hypophyse, à 18 h., 1/5 d'hypophyse.

3 novembre à 10 h. 38°2. A 11 h., présentation du siège. Poche des eaux rompue depuis 12 jours. Enfant mort depuis 3 jours. Utérus contracturé; pas de contractions. Pose d'un ballon de 50 cm³ sur une dilatation de 1 franc. 3 injections successives d'1/4 d'ampoule d'hypophyse; aucun progrès. Sous-anesthésie générale, extraction du siège. Enfant mort et macéré pesant 2.620 gr. Cranioclasie sur tête dernière, séparée du tronc. Délivrance artificielle immédiate. Révision utérine. Déchirure du col à gauche (2 points). Réfection du périnée.

OBSERVATION n° 5. — R..., Suzanne, 1^{re} pare, âgée de 15 ans 1/2, entre à la salle de travail le 22 janvier 1933. Dernières règles le 26 mars 1932. Réglée à 13 ans. La femme entre à la salle de travail avec une procidence du cordon. On note de faibles battements du cordon. A l'examen : siège en bas, dos à gauche, auscultation : bruits non perçus. Siège complet. Rupture précoce de la poche des eaux. Dilatation petite paume. Irrigation du cordon toutes les 10 minutes environ avec du sérum physiologique à 38°. A la dilatation complète, la femme fait des efforts expulsifs. Accouchement naturel au terme de 8 mois environ. Siège complet en SIGA, dégagement en ST. Garçon mort-né pesant 2.900 gr. Durée de la période d'expulsion : 10 minutes. On a fait à l'enfant

une injection de lobéline, bains sinapisés. On ne note pas de respiration, ni de réflexes.

OBSERVATION n° 6: — C... Jeanne, âgée de 31 ans, II pare, entrée à la salle le 19 février 1930. Dernières règles 18 mai 1929. Réglée à 15 ans. 1^{re} grossesse en 1915. Accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 4.000 gr. L'enfant est morte à 8 ans d'embolie. 2^e grossesse actuelle. La femme a eu une petite perte de sang le 18 février au soir.

A l'examen : Tête en bas, dos à gauche, B.d.C +. Par le toucher, on n'atteint pas la présentation mais on ramène du sang. Le 21 février les pertes sanguines ont cessé. Le 24 février, les pertes ont repris. La malade accuse des douleurs. Auscultation +. Le 2 mars, rupture de la poche des eaux. Le 4 mars à 0 h. 30, siège en bas (complet), dos à gauche, auscult. + à 1 h. 30, ralentissement des bruits du cœur; à 3 h. on ne perçoit plus les bruits du cœur; à 7 h., dilatation 2 francs; à 10 h. 30, abaissement d'un pied, pose d'un lacs, à midi 20, on décide de faire pousser la femme. Grande extraction du siège. Grosse difficulté pour la rotation du tronc qui reste en droite postérieure. Relèvement des bras. L'abaissement du bras postérieur étant impossible, on abaisse le bras extérieur. On atteint le menton derrière la symphyse. Dégagement de la tête en occipito-sacrée. Siège complet en S.I.D.P. Garçon mort-né (présentant un léger degré de macération), pesant 3.270 gr. Durée de l'expulsion : 1/2 heure.

OBSERVATION n° 7. — G... Juliette, âgée de 33 ans, I pare, entre à la salle de travail le 15 avril 1934. Dernières règles 14 juin 1933. Réglée à 13 ans. A l'examen :

siège en bas engagé, dos à droite, auscult. +, dilatation complète, poche des eaux rompue depuis le 6 avril. Grande extraction du siège chez une femme de 33 ans, en travail depuis 6 jours, avec un œuf ouvert depuis 10 jours, présentant un gros fœtus (hauteur utérine 39 cm.), surveillée en ville. Les battements du cœur du fœtus sont modifiés, les contractions utérines sont nulles malgré les injections d'ocytocique faites en ville. En raison de l'inertie utérine totale avec dilatation complète et présentation du siège décomplété mode des fesses et des signes de souffrance fœtale, on pratique une grande extraction du siège. Œuf sec. Difficultés de tous les temps : de la saisie des pieds, de l'abaissement des bras, de l'extraction de la tête dernière. Le périnée de très mauvaise qualité a cédé au moment de l'extraction des bras. Déchirure compliquée, la paroi antérieure du rectum est intéressée. Extraction d'un enfant du sexe masculin pesant 3.900 gr.; en état de mort apparente forme blanche n'ayant pu être ranimé.

OBSERVATION n° 8. — C... Jeanne, âgée de 25 ans, I pare, entre à la salle de travail, le 11 mars 1935. Dernières règles 29 mai 1934. Réglée à 11 ans. A l'examen : siège en bas, dos à droite, B.d.C. +. Le 12 mars à 12 h., 1 hypophyse, 1 spasmalgine; à 1 h. 30, accouchement à terme. Abaissement d'un pied, pose des lacs. Expulsion naturelle du siège jusqu'à l'ombilic. On fait l'anse au cordon; à ce moment, aucune progression de présentation. On constate le relèvement rétro-pariétal des bras. On dégage d'abord le bras postérieur, ensuite le bras antérieur, avec beaucoup de difficultés. Incision de la lèvre antérieure du col, pour le dégagement de la tête dernière. Siège décomplété en S.I.D.P. Dégagement en S.T. Garçon mort-né pesant 4.000 gr. Délivrance

artificielle, sous anesthésie au chloroforme pour non décollement et enchâtonnement dans la corne gauche.

OBSERVATION n° 9. — G... Odette, âgée de 21 ans, I pare, entre à la salle de travail le 9 juin 1935. Dernières règles 20 septembre 1934. Urines légèrement albumineuses. Régée à 13 ans. A l'examen, à 1 h. 30 : Siège à la vulve, auscultation négative. La femme dit avoir des douleurs depuis 3 jours. Le ventre est contracturé. A 1 h. 45, accouchement naturel au terme de 8 mois 1/2. Siège complet en S.I.D.P. Garçon mort-né en état de rigidité cadavérique pesant 2.480 gr. Odeur très fétide.

OBSERVATION n° 10. — G... Marguerite, âgée de 30 ans, I pare, entre à la salle de travail le 27 septembre 1935. Dernières règles 18 décembre 1934. Régée à 12 ans. Le 1^{er} octobre, tête en bas, dos à droite, B.d.C. +. Le 29 octobre, même diagnostic, auscultation? A 19 h. 30, la femme fait des efforts expulsifs. A 20 h. 45, accouchement naturel à terme, siège décompleté mode des fesses en S.I.D.P. Garçon mort et macéré pesant 3.110 gr.

OBSERVATION n° 11. — G... Joséphine, âgée de 35 ans, II pare, entre à la salle de travail le 7 avril 1935. Dernières règles 11 juin 1934. Urines légèrement albumineuses. Régée à 13 ans 1/2. 1^{re} grossesse en 1923, avortement au terme de 3 mois environ. 2^e grossesse en 1924, accouchement naturel à terme, garçon vivant. 3^e grossesse actuelle. Examen le 7 avril : siège en bas mobile, dos à gauche, auscultation +, poche des eaux rompue, promontoire accessible. Le 8 avril à 10 h. 30, une injection de spasmalgine, température 38°2; à

14 h. 55, temp. 39°3; à 18 h., une spasmalgine; à 3 h. 15, une spasmalgine, dilatation petite paume. Abaissement d'un pied prophylactique le 9 avril 3 h. 15, jusqu'à 4 h. 30, bruits du cœur nettement perçus. A 4 h. 30, modifications des bruits du cœur. La dilatation étant complète, on décide de faire l'extraction. A ce moment, les bruits du cœur n'étaient plus perçus. A 4 h. 40, siège décomplété en S.I.G.A. Fille mort-née pesant 3.850 gr.

OBSERVATION n° 12. — Ch., âgée de 23 ans, I pare, entre le 21 juillet 1935. Dernières règles 17 octobre 1934. Régulée à 13 ans. A l'examen : siège en bas, auscultation +, poche des eaux rompue, temp. 39°4. Après anesthésie, grande extraction du siège en S.I.G.A. Fille mort-née, pesant 3.950 gr. Hémorragie.

OBSERVATION n° 13. — Sz., âgée de 24 ans, III pare, entre à la salle de travail le 9 septembre 1935. Ne parle pas français. A l'examen : siège en bas, dos à droite, auscultation +. Accouchement artificiel pour lenteur et modifications des bruits du cœur. Siège décomplété mode des fesses S.I.G.A. Abaissement du bras postérieur. Garçon mort-né, pesant 4.550 gr. Le bisacromial mesure 19 cm. La tête est très ossifiée; Sous OF = 15 cm. 5.

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS, QUE L'ON A PRÉCONISÉS, CES TEMPS DERNIERS, POUR AMÉLIORER L'ACCOUCHEMENT PAR LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

M. Galan, dans sa thèse de Paris 1935, dit que :

« La version par manœuvres externes est le traitement
« prophylactique des présentations du siège. La ma-
« nœuvre sera d'autant plus aisée qu'elle sera tentée tôt,
« entre six et sept mois de grossesse. Le maintien de la
« nouvelle présentation est dû à la coaptation du seg-
« ment inférieur sur la tête. Si, après les manœuvres,
« l'on constate au toucher que le segment gante la tête,
« l'on peut à coup sûr espérer un succès.

« Si le segment inférieur n'est pas formé, une récurrence
« pourra se produire; il est alors très facile de recom-
« mencer les manœuvres une deuxième et même une
« troisième fois et l'on aboutira le plus souvent à un
« résultat définitif.

« Pour que la version ne soit pas un danger, il faut la
« pratiquer avec douceur, avec méthode et vérifier sou-
« vent le rythme du cœur fœtal.

« La ceinture eutocique n'est d'aucune utilité puisque

« le maintien de la présentation est dû uniquement au
« segment inférieur.

M. Gaucherand, de Lyon, préconise :

« Dans le cas de siège décomplété mode des fesses
« engagé dans l'excavation, lorsque les manœuvres clas-
« siques d'extraction auront échoué, on pourra tenter
« une application de forceps sur le siège et obtenir ainsi
« un succès.

« Il est bien entendu, qu'on devra auparavant essayer
« d'abaisser un pied lorsque le siège pourra être refoulé
« au-dessus du détroit supérieur.

« Si cela est impossible, il faudra utiliser les tractions
« inguinales, digitales ou instrumentales; ces dernières
« avec prudence en raison de leur danger pour l'enfant.

« Lorsque toutes ces tentatives auront échoué ou
« lorsque la souffrance fœtale ne permettra pas d'attendre
« un résultat de la longue manœuvre d'extraction par
« les tractions inguinales, une ressource reste dans
« l'application du forceps d'après la technique d'Olivier.
« Si les résultats dans les sacro-antérieures sont aléa-
« toires, dans les sacro-postérieures on pourra voir le
« problème se résoudre avec des résultats satisfaisants. »

M. Verstraete, de la Maternité de l'Hôpital Saint-Jean,
de Bruges, conseille pour la période d'expulsion :

« Ne pas faire la traction en dehors des douleurs, telle
« est la devise. Mais à cause de la faiblesse des contrac-
« tions utérines, on est obligé d'intervenir.

« Après avoir jugé que le bassin ne sera pas un empê-
« chement à la sortie de l'enfant; après avoir, si néces-
« sité il y avait, conduit l'accouchement à la spasmal-

« gine; après sortie de l'enfant jusqu'à l'ombilic, nous
« injectons dans la veine de la parturiente 2 unités de
« pituitrine Park et Davis ou Choay, et ce de préférence
« lors d'une contraction; alors nous voyons celle-ci se
« prolonger, la flexion latérale du tronc se faire sous la
« poussée utérine, la matrice se contracter et empêcher
« les bras de se lever, les épaules faire leur rotation en
« avant et se dégager, suivis de la tête maintenue fléchie
« et qui est expulsée en Mauriceau final facilité au besoin
« par une épisiotomie prophylactique chez la primipare.
« Nous croyons réduire ce nous semble, grâce à cette
« direction de l'accouchement, les dangers pour la mère
« et l'enfant aux différents temps de l'accouchement par
« le siège. »

M. Studdiford, du Sloane Hospital, dans le but de diminuer la mortalité fœtale, dans l'accouchement par le siège, parle de trois méthodes qui ont été proposées.

« La première, et peut-être la plus importante, consiste en un traitement préventif antinatal. La seconde consiste en une conduite spéciale du travail et une technique expérimentée de l'accouchement. Enfin, dans certains cas, la césarienne peut être indiquée.

« Dans le traitement préventif, il faut insister avant tout sur l'importance du diagnostic. De nombreux auteurs ont insisté sur sa difficulté dans certains cas. Wilson juge que la radiographie doit être employée dans les cas douteux... avant tout version par manœuvres externes, dont on devra faire des tentatives répétées dès que le siège sera reconnu. Ryder est l'accoucheur le plus enthousiaste de cette technique...

« Lorsque la correction de la présentation du siège est
« impossible et que l'on prend la décision de laisser la
« patiente aller jusqu'au travail, un certain nombre de
« facteurs précis jouent un rôle important pendant la
« période de dilatation. Il faudra préserver à tout prix la
« poche des eaux; pour cette raison il est dangereux de
« recourir à aucune méthode de déclenchement. Il est
« bien établi que le siège est un mauvais agent de dila-
« tation et que la dilatation est toujours plus rapide avec
« des membranes intactes.

« A Sloane Hospital, l'extraction du siège a été réduite
« autant que possible. On laisse l'accouchement se faire
« spontanément, avec anesthésie au moment des dou-
« leurs...

« Lorsqu'il s'agit de rupture précoce de la poche des
« eaux, avec un siège appuyant mal sur le col, des dou-
« leurs rares, irrégulières, inefficaces, le travail pouvant
« se prolonger pendant des jours, l'introduction d'un
« ballon peut ramener des douleurs régulières et effi-
« caces qui complèteront rapidement la dilatation; il
« faut utiliser le plus petit ballon possible, n° 2 ou
« n° 3.

« Dans les cas négligés, avec un très long travail et
« petite dilatation, la césarienne n'est pas toujours utile.
« Malgré la faible mortalité maternelle, il vaut mieux
« accepter la perte de l'enfant que de faire courir à la
« mère un risque quelconque, puisque la vitalité du
« fœtus est de toute façon compromise.

« Dans certains cas, il n'est pas douteux que la césa-
« rienne est une méthode de choix. Mais cette méthode

« doit être strictement réservée au cas où se rencontre
« une indication autre que la seule présentation du
« siège. »

Voici la conclusion d'une leçon de M. le professeur Jeannin : « 1° Ne jamais tenter une extraction podalique avant la dilatation complète;

2° Sauf les cas de cause majeure, tels que la souffrance du fœtus, son état de mort imminente, ne jamais tirer sur un siège, se contenter de regarder sortir le fœtus jusqu'au moment de pratiquer l'extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau;

3° Quand on est acculé aux tractions, il faut les faire toujours dans l'axe, toujours douces, toujours dans la continuité, sans à-coups, sans oscillations. »

Dans le cas de siège décomplété mode des fesses, M. le professeur Jeannin conseille les traitements suivants :

« Traitement prophylactique : abaissement prophylactique du pied, dans les cas suivants : gros siège, gros enfant; primipare; travail qui traîne. Il faut faire cet abaissement lorsque la dilatation est à peu près d'une paume de main et que le siège n'est pas descendu. En somme, cette manœuvre est pratiquée, le siège étant au détroit supérieur. On a prévenu la dystocie qui aurait pu naître dans l'excavation.

Traitement curatif : Au détroit supérieur abaissement curatif du pied antérieur puis au besoin le deuxième.

Dans l'excavation, abaissement curatif du pied quand on peut refouler le siège. Si on ne peut pas, forceps ou lacs. Le forceps convient dans les sacro-postérieurs, dos

en arrière; le lacs dans les sacro-antérieurs; dos en avant; c'est la règle classique, depuis la thèse d'Olivier.

Au détroit inférieur tractions digito-inguinale; on essaye d'engager une fesse, puis l'autre, et de mettre le siège en asynclitisme. Dans ce cas-là, la double épisiotomie est utile pour faciliter la rétro-pulsion du plancher pelvien. On peut également aider au redressement par un Ritgen extériorisé. On peut encore recourir à l'expression de l'utérus, et aux moyens ocytociques, c'est-à-dire à l'extrait d'hypophyse. »

CONCLUSIONS

De l'étude du mécanisme de l'accouchement par le siège et son pronostic; de l'étude des différentes statistiques tant étrangères que françaises et en particulier de celles des six dernières années du service de M. le professeur Jeannin, nous voyons qu'il faut déplorer une mortalité fœtale d'environ 8 p. 100.

C'est une mortalité assez élevée, si on la compare à celle de la présentation du sommet, qui atteint à peine 2 p. 100.

Ce taux élevé est strictement imputable à la présentation elle-même, car la même parturiente, donc le même utérus, accouchant de fœtus de mêmes dimensions et même poids fournirait des résultats différents, selon que l'accouchement se produirait par le sommet ou par le siège.

Est-ce à dire que, lorsqu'on a fait le diagnostic de présentation pelvienne, pendant la grossesse, il faille la transformer en présentation du sommet, au moyen de la version par manœuvres externes?

Avec M. le professeur Jeannin nous estimons que, malgré son pronostic moins favorable, la présentation

du siège répond à certaines nécessités de l'accommodation qu'il n'y a pas lieu de troubler.

Nous acceptons donc l'accouchement par la présentation pelvienne, en tenant compte de sa difficulté et de sa gravité et en nous forçant d'y pallier par les moyens propres à chacune des variétés et à chacun des temps de cet accouchement, tel qu'il nous a été enseigné et que nous avons exposé.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. BRINDEAU. — La Pratique de l'Art des Accouchements.
- DELMAS (PAUL). — L'extraction par le siège (*La Sage-femme et la puériculture*, janvier 1932, n° 473).
- DEMELIN (L.-A.). — La Pratique de l'Accoucheur en clientèle.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'Accouchement.
- FAUGÈRE. — Conduite à tenir dans les présentations du siège pendant le travail. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, LIX, 1929, 20 février.)
- GALAN (J.). — La version par manœuvres externes. (*Thèse de Paris*, 1935.)
- GAUCHERAND et BROCHIER. — Des applications de forceps sur des présentations du siège engagé. (*Liège Médical*, n° 6, 10 février 1935.)
- GAUTHIER (P.). — Les déformations de la tête fœtale dans la présentation du siège. (*Thèse de Paris*, 1934.)
- JEANNIN. — Les traumatismes fœtaux dans l'accouchement par le siège. (*Concours médical*, 1925, p. 945.)
- JEANNIN. — La dystocie dans le siège décomplété mode des fesses. (*Journal des Praticiens*, Paris, 1924, p. 306.)

- LE LORIER. — La présentation du siège in « La Pratique de l'Art des Accouchements » de Brindeau.
- METZGER (M.). — L'Accoucheur moderne.
- POTOCKI (J.). — Conduite à tenir dans l'accouchement par le siège décomplété mode des fesses. Abaissement artificiel du pied. (*La Puériculture* n° 10, 25 février 1933.)
- POULAIN (Y.). — Etude statistique de la présentation du siège pendant ses trois dernières années à la clinique Tarnier. Thèse de Paris, 1926.
- STUDDIFORD (W.-E.). — Présentation du siège. (*Le Progrès Médical*, n° 15, 15 avril 1933.)
- SUZOR. — Les difficultés de l'accouchement dans les présentations du siège. (*L'Hôpital*, 15 juin 1927.)
- TRILLAT. — De l'abaissement des bras par traction sur le tronc. (Méthode de Deventer). (*Bulletin Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1921, p. 189.)
- TRILLAT-GAUCHERAND-BELLY. — Dystocie de la tête dernière par inclinaison et rotation de la tête dans une présentation du siège. (*Bulletin Soc. d'obstétrique et de gynécologie*, Lyon, février 1932.)
- VERSTRAETE. — Les dangers et les complications de l'accouchement par le siège et leur traitement. (*Bruxelles Médical*, n° 24, 14 avril 1935.)
- VIGNES. — Présentation du siège. (*Progrès Médical*, Paris 1919, 3^e série, XXXIV.)

· Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6^e

